Załącznik do uchwały Nr 334/VII/2018 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 13 września 2018 r. w sprawie zmiany uchwały nr 234/VII/2017 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 16 marca 2017 r. w sprawie wprowadzenia ujednoliconego wniosku do opiniowania przez okręgowe rady pielęgniarek i położnych podwyżek dla pielęgniarek i położnych na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 roku zmieniona uchwałą nr 272/VII/2017 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 13 września 2017r.

**Beskidzka Okręgowa Izba**

**Pielęgniarek i Położnych**

**w Bielsku-Białej**

**WNIOSEK**

Na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 08.09.2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej /Dz. U. 2016 poz. 1146/ i rozporządzeń zmieniających: z dnia 14.10.2015 r. /Dz. U. 2015 poz. 1628/ oraz z dnia 29.08.2018 r. /Dz. U. 2018 poz. 1681 i poz. 1682/, wnoszę o zaopiniowanie sposobu podziału dodatkowych środków przekazanych na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki/położne realizujące świadczenia w:

1. ………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………...………………………………………………………………………………………..…..  *(Nazwa, adres podmiotu /pieczątka)*

1. Rodzaj świadczenia zdrowotnego oraz numer umowy z NFZ**\*/**

………………………………………………………………………………………………………………………………………

**\*/Uwaga – pole obowiązkowe do wypełnienia, proszę dla każdej umowy złożyć odrębny wniosek.**

Oświadczam, że:

1. Wysokość dodatkowych środków z NFZ wynosi: …………………….…………………… zł./miesiąc.
2. Wzrost wynagrodzeń wynikający z przeliczenia aktywnych deklaracji zgodnie ze stawką kapitacyjną za dany miesiąc tak/nie/nie dotyczy**\*\*** . /**\*\*właściwe zakreślić/**
3. Liczba etatów/równoważników etatu: ………………………..………………………………………………..…
4. Przekazane przez NFZ dodatkowe środki finansowe przeznaczone będą w całości dla pielęgniarek i położnych w sposób równy, równoważny do przelicznika etatu.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nr prawa wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej** | **Forma zatrudnienia (umowa o pracę lub stosunek służbowy, umowa cywilnoprawna)** | **Wymiar etatu** | **Proponowana kwota wzrostu miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego w okresie od 01-09-2018 r. do 30-06-2019 r.** | **Łączny średni koszt miesięczny dla pracodawcy związany z dokonaniem podwyżki wynagrodzenia (koszt brutto brutto)** | **Dopłata dodatku wyrównawczego do kwoty 1.600,-zł. (jeżeli poz. z kolumny 6 będzie niższa niż 1.600,-zł.)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| RAZEM: | | |  |  |  |  |

…………………………………………… ……………………….................................

miejscowość, data podpis/pieczątka uprawnionej osoby

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)  wyrażam dobrowolnie zgodę na przetwarzanie danych na potrzeby realizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 08.09.2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej /Dz. U. 2016 poz. 1146/ i rozporządzeń zmieniających: z dnia 14.10.2015 r. /Dz. U. 2015 poz. 1628/ oraz z dnia 29.08.2018 r. /Dz. U. 2018 poz. 1681 i poz. 1682/.

……………………….................................

podpis/pieczątka uprawnionej osoby